

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 65

Travail de la Clinique Obstétricale
de M. le Professeur Voron

Six Observations de Phlébites
des
Quatre Membres au cours du Post-Partum
(Considérations cliniques et thérapeutiques)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 24 Novembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

E. G. MARET

Diplômé de Microbiologie

Né le 3 Juin 1906, à ROANNE (Loire)

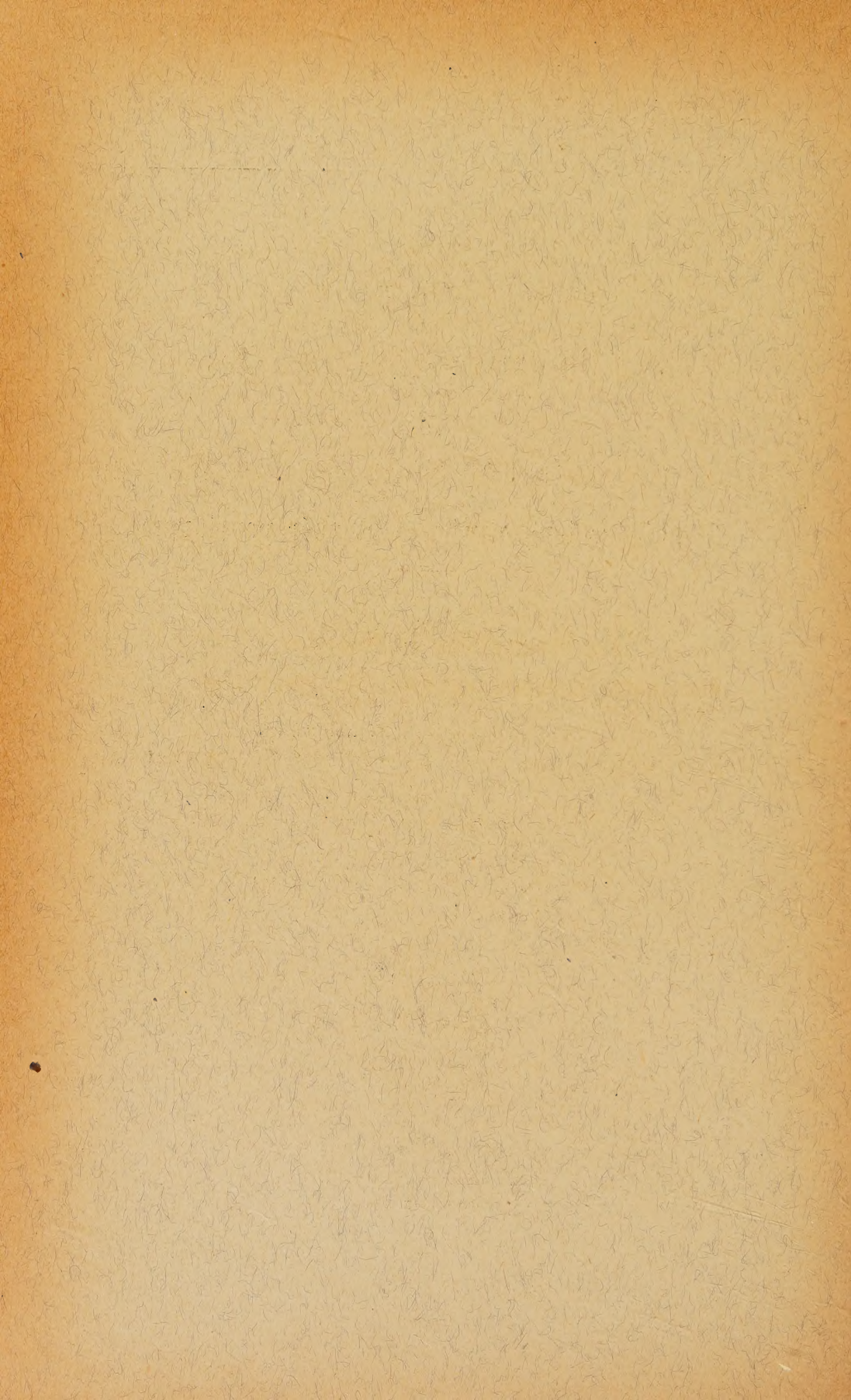


LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1932



Six Observations de Phlébites
des quatre membres au cours du Post-Partum



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Travail de la Clinique Obstétricale
de M. le Professeur Voron

Six Observations de Phlébites
des
Quatre Membres au cours du Post-Partum
(Considérations cliniques et thérapeutiques)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 24 Novembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

E. G. MARET

Diplômé de Microbiologie

Né le 3 Juin 1906, à ROANNE (Loire)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1932

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. X...

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X. (BONNET, agrégé.
Clinique des maladies des enfants	chargé de cours
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	MOURIQUAND
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	VILLARD
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	COURMONT
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histologie naturelle médicale	FLORENCE
Anatomie	MOREL
Histologie	MANCEAU
Physiologie	GUIART
Pathologie externe	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutique générales	DOYON
Anatomie pathologique	LERICHE
Chirurgie opératoire	FROMENT
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	CADE
Médecine légale	FAVRE
Hygiène	FATEL
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie	Etiemme MARTIN
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ROCHAIX
	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, président; CHALIER J., assesseur;
DEVIC et EPARVIER

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de profonde affection
et d'infinie reconnaissance.

A MES SŒURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique Obstétricale

Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre jury
de thèse.

Qu'il veuille bien recevoir ici l'ex-
pression de toute notre respectueuse
gratitude.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR BANSSILLON

Ancien Chef de Clinique Obstétricale

Chef de Laboratoire

C'est à lui que nous devons le sujet de cette thèse. Nous sommes heureux de lui dire ici notre vive reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a témoigné et pour l'aide qu'il nous a apportée dans l'élaboration de ce travail.

A TOUS MES MAITRES
A LA FACULTÉ ET DANS LES HOPITAUX

Six Observations de Phlébites des quatre membres au cours du Post-Partum

Introduction

A la demande de notre Maître, M. le Professeur Voron, nous avons recherché les observations de phlébites, des quatre membres, du post-partum, à seule fin d'en dégager les caractéristiques cliniques et la thérapeutique que l'on peut opposer à leurs manifestations.

Nous devons à l'obligeance du Docteur Gonnet six observations de phlébites des quatre membres, qu'il a d'ailleurs rapportées dans la *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique* du mois de mai 1931 et dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie* du mois de juillet 1931.

Ces variétés de phlébites généralisées aux quatre membres sont d'une extrême rareté et infiniment plus rares que les phlébites unilatérales ou bilatérales localisées aux seuls membres supérieurs, ainsi qu'il en a été rapporté quelques exemples. Aussi, il nous a semblé intéressant de grouper dans un travail d'ensemble les quelques notions cliniques et thérapeutiques des observations publiées par M. Gonnet que nous reproduisons plus loin.

Si, dans les suites de couches, ces manifestations, heureusement rarissimes, sont d'une très grande gravité, il n'en est pas tout à fait de même des phlébites généralisées aux quatre membres, qui représentent une septicémie veineuse, atténuée d'une symptomatologie et surtout d'un pronostic tout à fait différents.

Avant d'envisager les quelques considérations qui s'attachent spécialement aux formes qui nous occupent, nous croyons utile de rappeler les quelques notions exposées par Vaquez à propos des septicémies veineuses subaiguës pouvant donner, au cours de certaines affections médicales, la forme quadriplégique. Nous allons nous efforcer de préciser les caractéristiques cliniques de ces deux formes essentiellement différentes au point de vue étiologique et pronostic.

Bien que les formes médicales soient très sensiblement différentes des formes qui nous occupent, il nous a paru opportun de les opposer l'une à l'autre à titre de comparaison.

Considérations générales

Dans son étude sur la pathogénie des thromboses, publiée en 1890, M. Vaquez a écrit que « la notion d'infection fait l'unité de toutes les phlébites ».

Cette proposition visait surtout les thromboses marastiques ; si la phlébite cachectique du cancéreux avancé et du tuberculeux cavitaires est bien due à une infection, on voit *à priori*, combien est évidente l'origine microbienne de localisations veineuses successives accompagnées d'un état fébrile prolongé.

La nature du germe responsable d'une septicémie veineuse subaiguë n'est pas souvent reconnue : il y a peu d'observations où le microbe ait pu être identifié par rapport au nombre relativement grand des cas observés.

Dans certains cas, une septicémie veineuse subaiguë commence pendant la convalescence d'une grippe ; parfois elle peut succéder à une inoculation cutanée par une plaie souvent minime. Il est naturel de penser dans le premier cas au rôle du virus grippal, dans le second cas, que le microbe qui a pu ainsi pénétrer dans la circulation est un des saprophytes habituels de la peau : streptocoque ou staphylocoque, mais la preuve bactériologique manque le plus souvent.

Cependant, il existe des septicémies veineuses dont

le germe a pu être retrouvé. M. Etienne, de Nancy, a publié, dans les *Annales de Médecine* de 1920, l'observation de trois cas d'origine typhique ou paratyphique; la preuve indiscutable a été fournie une fois par l'hémoculture positive, une culture de paratyphique A ayant été obtenue.

On ne pourrait saisir le microbe et l'isoler que dans la lésion locale, ou dans le sang, au moment des poussées septicémiques.

Dans la lésion veineuse, le prélèvement ne peut être fait que s'il y a suppuration, ou à l'autopsie. La suppuration est possible, mais elle est rare.

Le résultat d'une hémoculture positive caractériserait à coup sûr le microbe, mais ce résultat heureux n'est pas facile à obtenir. Rappelons d'abord qu'une hémoculture à staphylocoque prête toujours à une certaine critique ; or, le staphylocoque est l'un des microbes vraisemblables d'une septicémie qui peut s'inoculer par la peau.

On sait qu'il faut la faire au moment des poussées fébriles.

Tous les auteurs qui se sont occupés des septicémies veineuses ont observé souvent une inoculation cutanée ; la lésion de la peau peut être voisine du territoire où se développe ensuite la première phlébite. Parfois on dirait que la lésion ouvre presque directement au microbe l'entrée de la veine ; on a vu la première phlébite siéger sur un paquet variqueux adjacent à une érosion cutanée trophique infectée.

Très souvent cette enquête restera négative et le mode de pénétration du microbe restera ignoré aussi bien que son identité.

L'inflammation du système veineux ne présente pas toujours la même symptomatologie ni la même évolution. A côté de la phlébite oblitérante classique, dont la *phlegmatia alba dolens* puerpérale est le type, se placent des septicémies veineuses subaiguës, isolées jadis par MM. Vaquez et Leconte.

Au premier abord, cette dénomination de septicémie peut déconcerter, car elle semble évoquer l'idée d'une infection sanguine généralisée dont les manifestations n'ont pas coutume de se localiser aux voies par lesquelles elle se fait. L'analyse des faits nous montre pourtant la légitimité de cette expression.

C'est bien en effet d'une septicémie qu'il s'agit, comme le prouvent la marche de l'infection, ses poussées successives, et son extension à des territoires plus ou moins distants les uns des autres ; d'une septicémie veineuse, d'autre part, car les phénomènes qui la traduisent demeurent uniquement veineux (abstraction faite des incidents emboliques éventuels). Il s'agit enfin d'une septicémie veineuse subaiguë, parce que, en raison de leur bénignité et malgré leur présence dans le sang, les germes infectieux ne diffusent pas et ne déterminent ni symptômes généraux marqués, ni métastases viscérales.

Dans bien des cas, la localisation de l'infection sur le système veineux, ou plus exactement sur celui des membres inférieurs, s'expliquerait, d'après Vaquez, par la présence de varices. Ces septicémies veineuses se voient en effet de préférence chez les variqueux, et elles sont consécutives tantôt à une plaie minime, à une érosion insignifiante, tantôt à une infection géné-

rale, tout au moins dans les cas médicaux. Dans ces deux cas, l'altération des veines les prédispose aux inflammations à cause de la fragilité plus grande de leurs tuniques et accessoirement, de la présence de dilatations où la circulation est ralentie. Est-il besoin toutefois, de faire remarquer que cette cause favorisante, fréquente mais non constante, ne saurait être invoquée pour expliquer les poussées qui se font sur les veines des membres supérieurs, à moins d'admettre une vulnérabilité constitutionnelle rendant les veines de certains sujets, comme tel ou tel organe chez d'autres, particulièrement accessibles aux infections même les plus minimes. Nous verrons en effet que dans les phlébites puerpérales des quatre membres, cette pathogénie ne peut pas être invoquée. Nous avons cru utile de le rappeler, à seule fin de montrer que l'évolution des septicémies veineuses du post-partum diffère notablement de celles observées en médecine générale.

Que se passe-t-il le plus souvent dans les formes quadriplégiques survenant au cours du post-partum ? Dans ces cas, la poussée phlébitique, au lieu de rester cantonnée aux membres inférieurs et d'affecter capricieusement tour à tour tel ou tel segment veineux, procède au contraire avec une sorte de méthode.

D'une façon générale, il s'agit d'une phlébite atténuée des grosses veines, mais cette phlegmatia a pour particularité d'envahir successivement les quatre membres, chacun étant pris à des intervalles variables.

Cette infection phlébitique est à évolution progressive, dure de longs mois et guérit dans la proportion

de deux tiers des cas. Surtout si une thérapeutique opportune et dont l'efficacité semble réelle, est appliquée en temps utile ou tout au moins lorsque l'extension veineuse paraît menaçante.

Mais sans anticiper sur les considérations cliniques, nous tenons à insister de nouveau sur la gravité infiniment plus grande de ces phlébites quadriplégiques du post-partum par rapport aux phlébites médicales de même ordre à pronostic sensiblement plus bénin.

Il nous paraît utile de rapporter dès maintenant les observations publiées par M. Gonnet et qui serviront de base à notre travail.

Observations

OBSERVATION I

I père, 40 ans. Accouchement le 7 avril 1923. (Forceps laborieux. Hémorragie de la délivrance.) Au 13^e jour des suites de couches (apyrétiques jusque-là), début d'une phlébite du membre inférieur droit, atteinte ultérieure, successive des trois autres membres : poussées phlébitiques récidivantes sur chaque membre. Plusieurs embolies pulmonaires dont l'une particulièrement grave.

Température subfébrile du début, un peu plus élevée par la suite. Aggravation de l'état général, léger délire, troubles cardiaques. Un peu d'ascite faisant penser à la possibilité d'une atteinte partielle de la veine cave inférieure.

Décès au 59^e jour des suites de couches.

OBSERVATION II

I père à antécédents familiaux suspects de bacillose. Au cours des derniers mois de la grossesse, poussée de bronchite et de corticopleurite.

Accouchement le 20 décembre 1923.

Au cours des suites de couches, phlébites des quatre membres. Le 26 janvier, phénomènes douloureux au niveau de la jugulaire interne droite.

Décès dans la nuit (37° jour des suites de couches).

OBSERVATION III

C..., 32 ans, primipare. Accouchement normal le 29 avril 1930. Apyrexie pendant quatre jours.

Le cinquième jour, 4 mai, à 14 heures, point de côté thoracique gauche violent avec gêne respiratoire: immobilisation, morphine, huile camphrée, oxygène. Pouls, 120 ; température, 38°2.

5 mai, le lendemain, douleur très vive dans le mollet droit. Température : 38° le soir.

Dans les deux jours qui suivent : douleur du talon, fémorale, crurale ; œdème modéré ; le 7 mai, température le soir à 39° : immobilisation, sangsues.

10 mai, douleur sur le trajet veineux du mollet gauche, bientôt généralisée à tout le membre et suivie d'œdème. Immobilisation, sangsues. Température, 39°4, puis descente progressive pour être de 37°5 le soir du 17 mai. Pouls, 100 à 120.

18 mai, douleur vive dans l'épaule droite et dès le lendemain, sur le trajet de l'humérale, avec œdème de tout le membre supérieur. Température ne dépasse pas 38°2.

23 mai, sans élévation nouvelles de la température, douleur de l'épaule gauche et évolution d'une phleg-

matia du membre supérieur. Pouls à 100, pas de dyspnée.

29 mai, la malade se plaint à nouveau de gêne respiratoire, sans point de côté net.

Température vespérale, 37°9. Cependant, au bout de 24 heures, le côté droit de la face est nettement bien que légèrement œdématié, et en même temps le palper éveille une douleur précise avec légère induration sur le trajet de la jugulaire interne droite.

30 mai, température 37°5 le matin, 37°9 le soir. En présence de cette évolution phlébitique grave, est fait à l'abdomen un abcès de fixation.

1^{er} juin, l'abcès a pris nettement : gros empâtement douloureux, rouge, collection suppurée importante qui est ouverte le 6 juin.

En deux jours, disparaissent complètement la douleur et l'œdème de la face et du cou. La température cependant monte pendant cinq jours autour de 38°5. Pouls, 100 à 120.

11 juin, à partir de cette date la température se maintient au-dessous de 38°. Dans la suite, les gouttières sont successivement enlevées et la malade peut se lever le 17 juillet.

OBSERVATION IV

Ch..., 30 ans.

En 1925, avortement à 2 mois. Curettage, périmé-
trite consécutive.

Dernières règles, 25 avril 1929.

A. P. début février 1930. Aux premier et deuxième mois de cette grossesse, hémorragies répétées ayant cédé aux opiacées.

Accouchement prématuré le 4 décembre 1929. E., 1.450 gr. P., 320 gr. Hémorragie de 600 gr. environ, une heure et quart après l'expulsion fœtale: délivrance artificielle ; le placenta est prævia marginal très adhérent, difficilement décollé.

6 décembre, point de côté thoracique gauche. Douleur au niveau de la corne utérine droite. Glace sur le ventre.

10 décembre, douleur au niveau du mollet et du talon du membre inférieur droit ; le mollet est tendu. Mise en gouttière, sangsues. Ces symptômes se précisent dans les jours suivants, avec une température simplement subfébrile et peu d'œdème.

15 décembre, mollet gauche douloureux. La phlébite se constitue progressivement, mais peu importante.

5 janvier 1930, alors que la température se maintient à 37°8 le soir, apparaissent des douleurs avec fourmillements, puis de l'œdème dans le membre supérieur gauche.

9 mars, pendant les mois de janvier et février la température se maintint entre 37° et 37°8. Les douleurs veineuses sont intermittentes, l'œdème diminue parfois pour augmenter ensuite. Aujourd'hui, la température est à 38° la malade se plaint du membre supérieur droit : douleurs, œdème.

13 mars, nouvelle douleur dans la région thoracique supérieure, et à la partie inférieure droite du cou,

spontanée et au palper. La face du même côté est légèrement oedématiée dans sa partie inférieure. Température, 38°. Pouls, 120. Etat anxieux très marqué.

Abcès de fixation à la paroi abdominale gauche.

17 mars, l'abcès de fixation a pris et fait une masse indurée, rouge et douloureuse. La température, pendant cinq jours, ascensionne à 38°5, mais la malade se sent mieux et les phénomènes cervicaux ont disparu.

19 mars, la température tombe définitivement.

Au-dessous de 38°. Par la suite, les quatre phlébites s'améliorent progressivement, mais très lentement.

Il faut quatre mois pour mobiliser peu à peu les quatre membres, et la malade se lève pour la première fois le 15 juillet.

Les quatre observations que nous venons de rapporter, représentent des formes à type quadriplégique très net.

Les deux observations qui suivent concernent des malades chez lesquelles l'évolution a été moins sévère, tout au moins à extension limitée, mais cependant elles ne paraissent pas étrangères aux considérations que nous comptons développer plus loin, c'est pour ces raisons que nous avons cru indispensable de les mentionner.

OBSERVATION V

II pare, 32 ans, accouchement le 14 janvier 1931. Après deux jours d'apyrexie, la température oscille entre 37°2 et 37°8. Au 8° jour, phlébite du membre

droit inférieur, atteinte ultérieure du membre inférieur opposé, puis du membre supérieur gauche. Allure torpide, température 38° - $38^{\circ}3$, application de sangsues sans résultat. Lors de l'atteinte du membre supérieur gauche, température plus élevée, douleur précordiale, pouls rapide, frisson, abcès de fixation qui provoque une grosse réaction locale et générale ; le lendemain, douleur cervicale passagère, faisant craindre une localisation sur la jugulaire interne. Deuxième abcès de fixation le 28 février. Au 52^e jour, se lève, guérie. A noter au cours de l'évolution, une pyélite légère.

OBSERVATION VI

1^{er} pare, 21 ans. Accouchement le 5 février 1931. (Mise en travail par bougie de Krause à 8 mois 1/2, pour bassin généralement rétréci.)

Apyrexie jusqu'au 6^e jour. Du 10 au 19 février, galactophérite. Au 17^e jour, début de phlébite dans le membre inférieur gauche, puis atteinte du membre inférieur droit. Allure torpide. Température modérée, 38° - $38^{\circ}5$; poussées phlébitiques successives à droite et à gauche. Allure traînante. Abcès de fixation le 18 février, provoque une grosse réaction locale et générale.

Le 8 mars, point de côté, douleur dans l'épaule. Puis la température redevient normale 25 jours après le début, et la malade sort guérie le 30 mars 1931.

Considérations cliniques

De la lecture de ces observations, quelles peuvent être les considérations symptomatiques qui doivent en être tirées ?

Il est bien évident qu'il apparaît difficile sinon impossible de préciser les symptômes appartenant en propre à ces formes peu communes. Néanmoins il paraît justifié d'insister sur les considérations suivantes :

En premier lieu, cette forme se présente comme très rare, puisque M. Gonnet n'en a relevé que six cas sur quinze mille observations ; il paraît même que cette proportion semble élevée, étant donné le silence dont font preuve à l'égard de cette forme la plupart des auteurs classiques.

Les circonstances étiologiques sont également difficiles à préciser et là, pas plus que pour toute autre forme d'infection puerpérale, le facteur étiologique reste assez imprécis. Dans les six observations mentionnées, nous n'en notons que trois où l'on peut relever des manœuvres intra-utérines susceptibles de favoriser une infection puerpérale. Les trois autres s'étant produites après des accouchements normaux.

Nous n'insisterons pas davantage sur la notion de

parité, qui semble bien devoir être sans rapports précis avec l'infection qui nous occupe. Il semble seulement que dans les formes quadriplégiques, comme d'ailleurs dans toute poussée phlébitique quel qu'en soit le siège de la localisation, il faille considérer à côté de l'élément microbien proprement dit une susceptibilité spéciale de ces malades.

La pathogénie générale des phlébites puerpérales est à l'heure actuelle encore entourée d'imprécision, il ne semble pas que les formes qui nous occupent puissent à cet égard apporter quelque éclaircissement.

Ce qui paraît, toutefois, plus intéressant, c'est de préciser l'évolution clinique de ces formes et les indications thérapeutiques qui peuvent en résulter.

En examinant ces quelques observations, on s'aperçoit que presque toutes les malades (quatre sur six) ont fait des embolies pulmonaires précoces. D'autre part, ce sont toujours les membres inférieurs qui sont atteints les premiers. L'évolution de la maladie est très longue, les phénomènes revêtent une allure lente, sub-aiguë. La température est peu élevée. L'état général plutôt bon. Contrairement à ce que l'on observe dans les cas médicaux, on constate des œdèmes peu marqués mais durs et persistants et une exaltation des phénomènes douloureux. Pas d'autres modifications organiques à signaler. Cependant on note une menace d'extension aux jugulaires. C'est d'ailleurs à la suite de phénomènes douloureux survenus au niveau de la jugulaire interne droite que notre malade de l'observation II succomba.

La possibilité du syndrome de l'occlusion partielle

de la veine cave inférieure est signalée dans notre première observation.

Il est à remarquer que dans la phlegmatia des membres inférieurs seuls, la température est notablement plus élevée.

Aucune mort par embolie massive n'a été signalée.

Dans les cas heureux où les malades ont guéri, on ne constate pas de séquelles.

Dans ces six observations de phlébites puerpérales multiples à allure torpide, subaiguë, caractérisées par une courbe thermique peu élevée mais tenace, on note la prédominance des phénomènes douloureux sur l'infiltration oedémateuse.

L'évolution de ces formes est en général longue et mise à part l'observation VI, la durée totale des poussées phlébitiques s'est prolongée soixante jours. La durée générale de ces accidents est sensiblement supérieure à celle observée dans les membres inférieurs seuls.

La maladie semble évoluer par petites poussées successives, chacune d'entre elles n'affectant pas une allure très aiguë. La température est en effet moins élevée que dans nombre de phlébites localisées aux membres inférieurs. Ce qui attire, en somme, surtout l'attention, réside dans l'apparition des douleurs en général assez accusées et l'infiltration oedémateuse quelquefois peu prononcée. Il s'agit donc d'un état infectieux veineux subaigu, récidivant et prolongé, réalisant le tableau de ce que le Professeur Vaquez a décrit sous le nom de « septicémie veineuse subaiguë à forme quadriplégique ».

En ce qui concerne le pronostic de cette affection, nos observations permettent de conclure qu'il s'agit là d'une forme sérieuse, capable d'entraîner la mort, et cela d'une manière plus fréquente que dans les formes médicales qui, pour le Professeur Vaquez, seraient le plus souvent bénignes.

En effet, sur six observations nous relevons deux morts. Il semble bien résulter de l'extension du processus veineux aux jugulaires, à des troncs veineux, viscéraux, appartenant au système cave inférieur. Bien que le danger embolique soit certain dans ces formes, qui toutes en ont présenté quelques symptômes, ce danger possible ne paraît pas, a priori, d'une fréquence plus grande que dans les formes plus localisées.

Thérapeutique

Quelle thérapeutique peut-on opposer à ces phlébites des quatre membres ?

Evidemment, en premier lieu il faudra immobiliser de semblables malades. L'immobilisation des membres inférieurs, tout d'abord lorsque la phlegmatia sera limitée à leur seul niveau, mais très rapidement surtout lorsque les deux jambes seront intéressées, on se trouvera dans la nécessité de mettre la malade dans un lit mécanique pour lui éviter tout mouvement. Il est bien évident que l'immobilisation des membres supérieurs ne pourra être que tardive. On ne saurait en effet soupçonner leur apparition avant que des symptômes objectifs nets surgissent. Ces malades seront donc exposés à effectuer des mouvements des avant-bras et des bras à la période préoblitérante, d'où dangers supplémentaires d'embolies.

Lorsque la phlébite sera réalisée au niveau des membres supérieurs, il faudra en pratiquer l'immobilisation soit par une gouttière, soit en callant le membre par des coussins convenablement disposés. On devra alimenter la malade comme si elle était atteinte de paralysie généralisée. Ce n'est qu'après la disparition de toute élévation thermique constatée depuis de nom-

breux jours (comme dans les phlébites des membres inférieurs), que l'on pourra, après une période de mobilisation passive, permettre à cette malade de récupérer progressivement l'usage de ses membres.

Faut-il s'adresser aux anticoagulants et surtout aux sangsues ? Elles ont été utilisées chez les malades III et IV. La malade de l'observation IV a eu quatre sangsues tous les deux jours, pendant trois semaines, sans résultat.

Cette inefficacité est d'ailleurs logique, il faut plutôt favoriser la coagulation locale pour que, selon l'expression du Professeur Villard: « La rivière gelée ne charrie plus ».

Par contre, l'abcès de fixation, préconisé par Fochier, et tel que son auteur l'a recommandé au cours du processus phlébitique à allure traînante, peut trouver ici une application, et de fait son efficacité a paru assez nette chez les malades observées par le Docteur Gonnet.

Chez les malades III, IV, V et VI, l'abcès de fixation est employé, il « prend » et provoque une réaction locale caractéristique, et une réaction générale marquée par une ascension thermique nette de plusieurs jours. Mais en même temps, l'envahissement veineux s'arrête, les symptômes graves cervicaux et thoraciques supérieurs s'amendent rapidement, toute gravité disparaît, et peu à peu, à une allure lente mais continue, les phlébites des quatre membres évoluent vers une résolution définitive.

Le traitement des phlébites puerpérales classiques par les abcès de fixation a d'ailleurs été préconisé en

1898 par Fochier, et par Commandeur en 1901 ; et selon ce dernier auteur :

1° Les abcès de fixation constituent un agent thérapeutique de réelle valeur dans les phlébites post-puerpérales.

2° Ils agissent :

a) sur la durée totale de la maladie, qui est dans certains cas très abrégée ;

b) sur les troubles consécutifs à l'oblitération veineuse (fatigue, œdème, lésions articulaires), qui sont par la suite nuls ou insignifiants.

3° Il y a avantage à les pratiquer de bonne heure, dès que la fièvre même légère et la douleur du membre permettent de faire avec grande probabilité le diagnostic de phlébite.

4° Leur application peut être étendue à toutes les phlébites puerpérales, qu'elles soient consécutives à l'accouchement ou qu'elles surviennent au cours de la grossesse.

Dans les observations que nous rapportons, les abcès de fixation ont été mis en œuvre assez tardivement. On peut même prétendre, et c'est ce qu'a souligné le Docteur Gonnet dans une de ses communications, qu'il serait utile de les pratiquer plus précocement.

On peut toujours objecter qu'il est difficile de faire la preuve de leur efficacité, mais cette thérapeutique a l'avantage de ne pas présenter de danger et d'autre part il est difficile de ne rien tenter en présence d'un processus phlébitique extensif qui peut dans certains cas apparaître comme menaçant.

Conclusions

I. — Sur quinze mille observations, nous n'avons pu rapporter que six cas de phlébites des quatre membres. Par ailleurs, le silence dont font preuve la plupart des auteurs à ce sujet nous oblige à conclure à la très grande rareté des phlébites des quatre membres au cours du post-partum.

II. — Ce sont des phlébites à évolution prolongée : soixante jours en moyenne.

III. — Malgré l'envahissement progressif de territoires veineux multiples, l'état infectieux apparaît de faible intensité.

IV. — Le pronostic est relativement sévère : deux morts, quatre guérisons.

V. — Il semble opportun, au point de vue thérapeutique, d'opposer à ces septicémies veineuses subaiguës à type quadriplégique, l'abcès de fixation, préconisé par Fochier et tel que son auteur l'a recommandé au cours des processus phlébitiques à allure traînante. Son efficacité nous a paru assez nette chez les malades observées par le Docteur Gonnet.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VORON.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 9 Novembre 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

Bibliographie Résumée

- CIRDÉ. — *Traité des maladies puerpérales*, 1870.
- VIDAL. — *Thèse*, de Paris, 1889.
- JEANNIN. — *Pathogénie et symptomatologie des phlébites puerpérales*.
Traitement de la phlegmatia alba tolens. *Province Médicale*, 1901.
- Phlébites des membres supérieurs au cours de l'infection puerpérale. Commandeur et Gonnet. *Société Obstétricale de France*, 1909.
Journal de Gynécologie et d'Obstétrique, 1912.
- Pierre LAFOND. — *Thèse* de Paris, 1930.
- Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai 1931.
- Bulletin d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, juillet 1931.

TABLE DES MATIERES

<i>Introduction</i>	9
<i>Considérations générales</i>	11
<i>Observations</i>	17
<i>Considérations cliniques</i>	23
<i>Thérapeutique</i>	27
<i>Conclusions</i>	31
<i>Bibliographie</i>	33

LIBRAIRIE DE LA MAISON



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° IMPRIMEURS-ÉDITEURS °° °°

°° 42, QUAI GAILLETON, 42 °°

°° °° °° °° LYON °° °° °° °°



